

## Zuweisungsformular

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

Tel. / Mail \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Patient aufbieten  Hat Termin am \_\_\_\_\_

### Zuweisung an

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HNO Zentrum        | <input type="checkbox"/> Dr. Olga Polasek        |
| <input type="checkbox"/> Dr. Sandro Negri   | <input type="checkbox"/> Dr. Panagiotis Ziglinas |
| <input type="checkbox"/> Dr. Hans von Werdt |  |

### Zuweisungsgrund

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hörstörung             | <input type="checkbox"/> Nasenatmungsbehinderung  | <input type="checkbox"/> Heiserkeit                 |
| <input type="checkbox"/> Schwindel              | <input type="checkbox"/> Epistaxis                | <input type="checkbox"/> Dysphagie                  |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus               | <input type="checkbox"/> Post nasal drip          | <input type="checkbox"/> Globus / Schluckschmerzen  |
| <input type="checkbox"/> Druckausgleichsstörung | <input type="checkbox"/> Anosmie / Hyposmie       | <input type="checkbox"/> Schnarchen / OSAS          |
| <input type="checkbox"/> Otalgie                | <input type="checkbox"/> Kopf / Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> Sicca - Symptomatik        |
| <input type="checkbox"/> Otorrhoe               | <input type="checkbox"/> Rhinorrhoe               | <input type="checkbox"/> Halitosis                  |
| <input type="checkbox"/> Rezidivierende Otitis  | <input type="checkbox"/> Rezidivierende Sinusitis | <input type="checkbox"/> Rezidivierende Tonsillitis |
| <input type="checkbox"/> Otitis externa         | <input type="checkbox"/> Muschelhyperplasie       | <input type="checkbox"/> Tonsillenhyperplasie       |
| <input type="checkbox"/> Paukenhöhlenerguss     | <input type="checkbox"/> Septumdeviation          | <input type="checkbox"/> V.a. Adenoidhyperplasie    |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellperforation | <input type="checkbox"/> Polyposis                | <input type="checkbox"/> V.a. Peritonsillarabszess  |

### Hals - und Gesichtschirurgie

- |  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tumor Haut / Schleimhaut  | <input type="checkbox"/> Pathologischer Lymphknoten | Lokalisation:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Speicheldrüenschwellung   | <input type="checkbox"/> Halszyste/Halsfistel       | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Struma/Schilddrüsenknoten | <input type="checkbox"/> Absteohoren                |                        |

### Untersuchung

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> CT NNH             | <input type="checkbox"/> Sonographie / FNP | <input type="checkbox"/> Nächtl. Pulsoxymetrie |
| <input type="checkbox"/> Schwindelabklärung | <input type="checkbox"/> Hörabklärung      | <input type="checkbox"/> Tauchtest             |

### Bemerkungen / wichtige Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Absender